

## 研 究

# 院内標準看護計画作成とその効果

## －電子カルテ導入に向けての一考察－

浜松赤十字病院 看護部

中村澄子

### 要 旨

【目的】平成18年度看護部記録委員会では院内標準看護計画を作成した。その効果を評価するため、看護計画立案状況の調査とスタッフへのアンケート調査を行った。また電子カルテ導入に向けて、院内標準看護計画の活用を考察した。【方法】1)平成18年7月から12月までの入院患者のカルテより、各病棟の看護計画立案状況を調査した。2)院内標準看護計画作成後、本3階病棟において再度調査を行い作成前と比較した。3)病棟スタッフへのアンケート調査を行いその効果を評価した。【結果】1)各病棟の看護計画の調査では、病棟により看護問題に傾向と特色があり、患者の疾患からくる問題を主に捉えているという傾向があった。また看護計画立案までの期間は、全体平均でおよそ6.0日であった。2)本3階病棟での院内標準看護計画作成前後の比較では、計画立案までの期間は4.8日から1.3日へ短縮した。3)スタッフへのアンケート調査では、院内標準看護計画使用により「看護計画は充実してきている」と思う人は55%、「早期立案に役立っている」と思う人は64%、「今後も活用していきたい」と思う人は86%であった。【結論】院内標準看護計画は、看護計画の早期立案に有効であり、今後も院内の看護計画の基準として活用できると考えられた。今後は電子カルテと看護診断の導入を含めた検討が必要と考えられた。

### key words

院内標準看護計画, NANDA看護診断, 電子カルテ

## I. 緒 言

看護の専門性において、対象である患者の健康問題を解決するために看護過程を展開することは、最も大切な業務の一つである。その過程において、患者の健康問題や患者のニーズ、またセルフケア不足などの情報をアセスメントし、看護問題として判断（看護診断）し、目標設定して看護介入していくことが必要となる。またそれぞれの過程で適切な判断と根拠が求められる。当院ではこれまで看護計画立案の際、参考文献として「香川医科大学医学部附属病院看護部編標準看護計画」を活用してきた。しかしその活用の仕方には個人差があり、日々の看護計画は各自の裁量にゆだねられ

てきた。

看護部記録委員会では、これまで各病棟で、独自に進められてきた標準看護計画の作成を、平成18年度は院内標準看護計画とすることを目標として活動した。そして平成19年2月「浜松赤十字病院標準看護計画」（以下、院内標準看護計画）として一括し、各病棟で使用を開始することができた。その過程の報告と、看護計画の現状調査及びスタッフへのアンケート調査によりその効果を評価した結果を報告する。また電子カルテでの活用の可能性について考察する。

## Ⅱ. 対象と方法

1. 平成18年7月～12月の間に入院中の患者のカルテより、看護計画の現状調査を行った。調査項目は、①入院から計画立案までの期間、②看護問題についてとした。
2. 記録委員会では、平成19年2月までに「浜松

赤十字病院標準看護計画一覧表」を作成し、各病棟に配布した。さらに本3階病棟で①②の項目について2回目の調査を行い作成前と比較した。

3. 院内標準看護計画使用開始1ヶ月後、スタッフへのアンケート調査を行い、その効果について評価した。

表1 浜松赤十字病院標準看護計画一覧表

No.	作成病棟	「成人」	No.	作成病棟	「成人」	No.	作成病棟	「成人」
1	北2	肺炎	40	本3	切断指再接着に伴う循環障害のリスク状態	79	本6	CVライン保管管理
2	北2	喘息	41	本3	手根管症候群に基づく巧緻性障害	80	本6	ウイニングにむけて
3	北2	眩暈	42	本3	ボディイメージの変化	81	本6	クモ膜下出血(待機を含む)
4	北2	胃腸炎	43	本3	腰椎麻酔前の看護	82	本6	クモ膜下出血(脳血管攣縮)
5	北2	転倒・転落	44	本3	腰椎麻酔後の看護	83	本6	シムス療法
6	北2	排便コントロール	45	本3	全身麻酔前の看護	84	本6	化学療法
7	北3	不眠	46	本3	全身麻酔後の看護	85	本6	回腸導管の看護
8	北3	胸腔ドレーンの管理	47	本4	Ope前①	86	本6	経口摂取
9	北3	便秘	48	本4	Ope前②	87	本6	腰椎麻酔前後の看護(本6)
10	北4	狭心症	49	本4	疼痛コントロール	88	本6	自己導尿
11	北4	心筋梗塞(急性期)	50	本4	黄疸のある患者の看護	89	本6	生活習慣病の看護計画
12	北4	心筋梗塞(回復期)	51	本4	各種ドレーンの管理	90	本6	前立腺全摘術
13	北4	心筋梗塞(退院指導)	52	本4	胃切除術前計画	91	本6	全身麻酔の看護 術後(本6)
14	南3	切迫早産1	53	本4	結腸切除術前・術後の看護	92	本6	脳室ドレナージ
15	南3	切迫早産2	54	本4	PTCD患者の看護			
16	本3	セルフケア不足	55	本4	TAEを受ける患者の看護			
17	本3	深部静脈血栓のリスク状態	56	本4	肺塞栓及び深部静脈血栓看護計画			「小児」
18	本3	身体可動性の障害	57	本4	排便コントロール	93	北2	熱性痙攣
19	本3	不安	58	本6	PTCD患者の看護	94	北2	胃腸炎
20	本3	疼痛	59	本6	TAEを受ける患者の看護	95	北2	アストマ
21	本3	便秘	60	本6	深部静脈血栓のリスク状態	96	北2	肺炎
22	本3	排尿障害	61	本6	排便コントロール	97	北2	クループ
23	本3	出血	62	本6	高脂血症の看護	98	北2	発熱精査
24	本3	腰痛	63	本6	高脂血症看護計画使用基準	99	北2	川崎病①
25	本3	安静による筋力低下、関節拘縮	64	本6	点眼	100	北2	川崎病②
26	本3	ギブス装着による合併症のリスク状態	65	本6	肺合併症予防	101	北2	扁桃腺炎
27	本3	牽引による合併症のリスク状態	66	本6	MRSA	102	北2	髄膜炎
28	本3	腓骨神経麻痺のリスク状態	67	本6	軟膏塗布	103	北2	手足口病
29	本3	脊髄損傷による機能障害	68	本6	Baカテーテル抜去後	104	北2	インフルエンザA・B
30	本3	骨盤骨折による機能障害	69	本6	嚥下訓練1, 2段階	105	北2	ヘルペス
31	本3	脱臼のリスク状態	70	本6	嚥下訓練3, 4段階	106	北2	初期嘔吐
32	本3	上腕骨折による疼痛	71	本6	シャント管理	107	北2	高ビリルビン血症
33	本3	鎖骨骨折	72	本6	血液透析	108	北2	感染症
34	本3	断端部の成熟阻害	73	本6	SAH(待機含む)	109	本3	小児・環境の変化に伴うストレス
35	本3	断端部ケアに関する知識、認識不足	74	本6	大開頭術後	110	本3	児の状態や行われる治療・手術・検査・予後に連した不安を両親が持つ可能性がある
36	本3	感染のリスク状態	75	本6	意識障害			
37	本3	膝関節の運動制限による靱帯の癒着・筋萎縮	76	本6	痙攣			
38	本3	四肢の運動機能障害、リハビリの必要性	77	本6	脳出血			
39	本3	縫合術に伴う術後機能障害のリスク状態	78	本6	脳梗塞			

### Ⅲ. 結 果

1. 各病棟の記録の調査(表2)では、病棟により問題の傾向に特徴があるということがわかった。北3階病棟(内科一般・呼吸器)では、「MRSA感染」「肺炎」「排便コントロール」「DM」など、北4階病棟(循環器)では、「心筋収縮機能の低下」や「心筋虚血に伴う問題」があげられていた。また本6階病棟(脳外・泌尿器)では、「脳出血」「尿閉尿路感染」「肺合併症」「排便コントロール」「嚥下訓練」、本4階病棟(外科)では、「術後の肺合併症」「疼痛コントロール」「ドレーン管理」「手術に対する不安」「余命に対する不安」などが看護問題として挙げられていた。

また初期計画立案までの期間は、初期計画があり計画立案日が調査可能であった事例の平均で、北3階 14.0日、北4階 2.4日、本6階 4.5日、本4階 4.0日、本3階 4.8日の結果であった。全病棟平均ではおよそ6.0日であった。計画立案日の記入がなかったり、計画のない事例は除外した。不明確な部分もあったが、傾向はつかめたと考える。なお北2階病棟(小児科・成人混合)と南3階病棟(産婦人科・混合)においては、調査が不十分であったため除外した。

2. 本3階病棟では院内標準看護計画作成後2回目の調査を平成19年3月に実施した(表3)。その結果を平成18年8月の1回目の調査と比較した。

入院日から初期計画立案までに期間は、1回目が平均4.8日、2回目は平均1.3日であった。計画立案は3.5日早くなっていた。また入院当日の初期計画立案率は、1回目が37例中7例(18.9%)であったが、2回目は39例中20例(51.3%)と上昇していた。これは院内標準看護計画の作成によりスタッフの意識が高まったこと、また入院当日に初期計画を立案することを業務として取り入れたことで、スタッフの意識が高まったことによる効果であったと考えられた。看護問題の捉え方には大きな変化はな

く、両者ともセルフケア不足・疼痛・感染リスク・便秘・ギプス障害のリスクなどの頻度が多かった。

3. 平成19年3月、全病棟での院内標準看護計画の評価を目的としてスタッフへのアンケート調査を行った。その結果は以下のようであった(表4)。

全病棟スタッフ133名中回収104名、回収率78.2%であった。院内標準看護計画の一覧を見た人は55人(53%)、電子ファイルの存在を知っている人は70人(67%)、開いて計画を見た人は13人(13%)、そこからプリントアウトして使用した人は5人(5%)であった。印刷して保存してある標準看護計画を使用した人は59人(57%)であった。「院内標準看護計画の存在により看護計画は充実してきていると思うか」の質問に対し、「そう思う」が57人(55%)、「変わらない」が19人(18%)、「後退している」が2人(2%)、「わからない」が24人(23%)であった。また「早期立案に役立っているか」では、67人(64%)が「役立っている」との回答であった。以上の結果から5割以上の方が院内標準看護計画を活用し、有効と評価していることがわかった。「今後活用していきたいと思うか」の質問には91人(86%)が「そう思う」と回答し、「思わない」は0人(0%)、「わからない」が21人(12%)であった。8割以上の方が今後活用していきたいと考えていることがわかった。このことは、多くのスタッフが看護計画の基準となるものを求めていると受け止められた。

アンケートでは、今後の電子カルテに向けてNANDA看護診断に関する現状調査を同時に行った。NANDA看護診断の分類を知っていると答えた人は31人(30%)、聞いたことがある程度51人(49%)、まったく知らない21人(20%)であった。NANDA看護診断を用いて看護展開したことがあると答えた人は41人(40%)であった。30歳以下では26人(44.8%)で、やや高い率であった。およそ4割の人がNANDA看護診断を利用した経験があるという結果であった。

表2 看護計画現状調査の例(本3階病棟)

	年齢	入院日	看護計画立案日	立案までの日数	問題1	問題2	問題3	問題4	転倒転落	褥そう	DVT
1	97	7.6	78	2	尿閉・感染				△		
2	86	7.15							○		
3	81	7.23	7.31	8	疼痛				△		
4	74	7.19	7.25	6	腸の運動低下				△		
5	86	3.16	3.16	0	疼痛	セルフケア不足	肺炎	栄養不足			○
6	94	7.11	7.17	6	疼痛	セルフケア不足	脱臼のリスク		△	○	○
7	67	5.25	5.26	1	Op後出血	疼痛					○
8	77	5.13	5.13	0	神経症状悪化のリスク	不安	全身麻酔		△		○
9	73	7.23									
10	37	7.29	7.29	0	牽引関連疼痛	セルフケア不足					○
11	63	6.14	6.14	0	疼痛						○
12	69	7.20									
13	81	6.16	7.22	6	睡眠パターン						
14	71	7.7	7.11	4	疼痛	セルフケア不足			△		○
15	70	7.14									
16	75	7.24							△		
17	77	6.27	7.5	8	疼痛				△		○
18	65	7.21	7.29	8	安静が守れない				△		
19	71	5.30	7.10	41	創循環障害						○
20	83	7.9	7.16	7	セルフケア不足	感染リスク			○	○	○
21	83	7.29	7.31	2	セルフケア不足	身体可動性障害			△		○
22	77	5.31	6.7	7	頸部の安静の必要性	身体可動性障害				○	○
23	83	7.4	7.6	2	疼痛	身体可動性障害			○		○
24	79	6.18	6.20	2	疼痛	身体可動性障害	セルフケア不足		△		○
25	62	7.21									○
26	61	7.7	7.9	2	感染リスク				△		
27	45	7.12	7.13	1	疼痛				△		
28	26	7.6	7.12	6	ギプス障害リスク				△		
29	22	7.13							△		
30	57	3.7	3.12	5	不安	感染リスク	疼痛				
31	78	7.7	7.12	5	疼痛				△		
32	71	7.9	7.14	5	疼痛	感染リスク	セルフケア不足				
33	85	7.4	7.4	0	疼痛	セルフケア不足			○		○
34	83	6.9	6.12	3	セルフケア不足	身体可動性障害	疾患の理解不足				○
35	83	6.24	6.24	0	睡眠パターン	便秘	感染	疼痛	○		○
36	89	7.24	8.2	9	感染リスク	セルフケア不足	身体可動性障害		○		
37	76	7.19	7.19	0	感染リスク	身体可動性障害			○		

表3 看護計画現状調査(本3階病棟・院内標準看護計画改善後)

	年齢	入院日	看護計画立案日	立案までの日数	問題1	問題2	問題3	問題4	転倒転落	褥そう	DVT
1	83	3.13	3.13	0					○		
2	85	2.22	2.23	1	腰痛	セルフケア不足			△		△
3	72	1.10	1.11	1	腰痛	セルフケア不足					
4	38	1.23	1.25	2	疼痛	セルフケア不足					△
5	16	3.15	3.15	0	疼痛						
6	30	3.15									
7	70	1.15			ギプス障害のリスク						
8	76	1.30	1.31	1	セルフケア不足	安静による筋力低下					
9	62	2.20	2.20	0	疼痛	身体可動性障害			△		○
10	80	3.9	3.9	0	疼痛	セルフケア不足			△		△
11	91	2.8	2.8	0	骨盤骨折	セルフケア不足	感染リスク		○	○	△
12	81	3.12	3.12	0	腰痛/筋力低下	セルフケア不足	低栄養/誤嚥性肺炎	便秘			
13	71	3.12	3.12	0	腰痛	便秘	セルフケア不足		○		△
14	71	3.12	3.12	0	腰痛	便秘	セルフケア不足		△		△
15	55	10.29	11.1	3	疼痛	セルフケア不足	アストマ呼吸困難		△		○
16	66	3.16	3.16	0	疼痛						
17	37	3.15	3.15	0	疼痛						△
18	77	2.26	3.2	4	腰痛						△
19	68	2.28	2.28	0	疥癬						
20	72	2.24	2.24	0	疼痛	セルフケア不足			○		
21	86	7.15	7.15	0	疼痛	セルフケア不足	循環障害		○	○	
22	64	1.11	1.11	0	感染リスク	疼痛	セルフケア不足		△		
23	78	2.16	2.16	0	ギプス障害のリスク	疼痛/膝の運動制限	セルフケア不足	腰椎麻酔合併症リスク	△		○
24	58	1.14			疼痛						
25	62	2.15	2.15	0	腰痛	セルフケア不足					○
26	30	3.14	3.14	0	感染						
27	74	2.9	2.10	1	疼痛	セルフケア不足			○		
28	77	3.13	3.13	0	ASO・疼痛				○		
29	25	3.1			膝の運動制限				△		
30	25	2.27	3.6	7	疼痛						
31	82	3.15	3.15	0	疼痛	セルフケア不足					
32	63	3.9	3.9	0	感染リスク	疼痛					
33	54	1.22	1.23	1	疼痛	創成熟阻害の可能性					
34	17	3.15	3.16	1	感染リスク	疼痛					
35	68	3.22			疼痛				△		△
36	51	2.27	3.18	19	ギプス障害のリスク						
37	75	3.15	3.16	1	腰痛						
38	53	3.15									
39	77	2.26	2.26	0	腰痛				△		

「△」アセスメントのみ 「○」計画あり

表4 院内標準看護計画活用状況のアンケート調査結果

質 問 項 目		所 属 病 棟 回 答 数	北2	北3	北4	本3	本4	南3	計	比率
1	年齢	a. 30歳以下	7	11	15	11	14		58	56%
		b. 31歳以上	7	3	7	7	3	3	30	29%
		c. 40歳以上	3	1	1	3	3	5	16	15%
2	院内標準看護計画の一覧を見ましたか	a. 見た	8	8	10	17	6	6	55	53%
		b. 見てない	8	7	13	4	14	2	48	46%
3	フロッピーの存在を知っていますか	a. 知っている	7	5	20	14	19	5	70	67%
		b. 知らない	10	10	3	7	1	3	34	33%
4	フロッピーを開いて計画を見ましたか	a. 見た	3	1	4	2	0	3	13	13%
		b. 見てない	14	14	11	19	20	4	82	79%
5	フロッピーより計画を使用しましたか	a. 使用した	2	0	1	1	0	1	5	5%
		b. 使用してない	15	15	14	20	20	7	91	88%
6	すでにコピーして保存してある標準看護計画を使用しましたか	a. 使用した	9	12	10	15	9	4	59	57%
		b. 使用してない	8	3	13	6	11	4	45	43%
7	院内標準看護計画の存在により看護計画は充実してきていると思いますか	a. そう思う	7	11	14	17	6	2	57	55%
		b. 変わらない	3	1	3	2	9	1	19	18%
8	院内標準看護計画により早期の立案に役立っているか	c. 後退している	2	0	0	0	0	0	2	2%
		d. わからない	5	3	6	2	5	3	24	23%
9	今後活用していきたいと思うか	a. 役立っている	10	10	16	17	11	3	67	64%
		b. 変わらない	1	1	1	2	4	0	9	9%
10	NANDA看護診断分類について知っているか	d. わからない	5	4	6	2	6	4	27	26%
		a. 思う	15	12	18	21	19	6	91	86%
11	NANDA看護診断を用いて、看護展開したことがあるか	b. 思わない	0	0	0	0	0	0	0	0%
		c. わからない	2	3	5	0	1	1	12	12%
12	NANDA看護診断に関する参考書を持っているか	a. 聞いたことがある程度	10	9	12	7	9	4	51	49%
		b. まったく知らない	2	3	2	9	4	1	21	20%
13	その他感想・意見	c. 分類を知っている	5	3	9	5	6	3	31	30%
		a. ある	6	7	10	6	9	3	41	40%
14		b. ない	11	7	13	15	11	5	62	60%
		a. ある	3	5	11	6	7	2	34	33%
15		b. ない	14	9	12	16	13	6	70	67%
		1. 計画利用しているが、治療に対する計画がメインになっていて、なかなか個別的な看護計画が肉づけされていないと思う。各々への意識づけが足りない。(もうそれだけでよいと思っている人がいる) 2. シェント管理、透析と同じようなものが分けられているので気になりました。								

#### IV. 考 察

看護師は、患者の健康問題を解決または改善することを業務としている。これまで「看護とは」「患者の健康問題とは」と、多くの看護理論家たちによって論じられてきた。ナイチンゲール、ヘンダーソン、オレム・ゴードンらの看護論は日本にも広く取り入れられ大きな影響を与えてきた。そして20世紀後半となって看護研究者らは1つの枠組みの中で看護問題を整理し、共通の概念を構築してきた。それは北米看護診断協会（現NANDAインターナショナル）が1984年に提案したNANDA看護診断分類法Ⅰに代表される。そして1998年NANDA分類法Ⅱが提案され、13の領域、47の類、172の看護診断用語が採択されている。日本においては1980年代後半から看護診断への関心が高まり、NANDA看護診断定義と分類

（NANDAインターナショナル著、日本看護診断学会監訳、中木高夫訳）は2年ごとに更新紹介されている。最近、電子カルテ化に伴い、標準化した用語として注目されている。

当院では、十年程前にNANDA看護診断の導入が検討されたが実施には至らなかった。その後、ヘンダーソンの看護論（ニード論）の学習会があり、アナムネ用紙もそれに基づいて改善された。2004年に、看護論検討チームで、ナイチンゲール看護論、オレムのセルフケア論などを検討し、ゴードンの機能的健康パターン11項目を参考に情報収集用紙の作成などを試みたが、実施には至らなかった。そのような経過の中で、看護展開のベースとなる理論を共有化できないまま現在に至っているのではないかと考えられる。

今回、各病棟で特に問題として取り上げられている看護問題を院内標準看護計画として電子ファイルに整理できたことは、院内の看護計画の基準

を明確にする一歩となったと考える。今回作成の院内標準看護計画は、今後も見直しを行って内容を改善していく必要がある。およそ8割の病棟スタッフが、今後も利用していきたいと考えていることを踏まえて、今後も継続使用していけるよう検証をすすめたい。標準化されたケアの提供は、病院における一定の看護の質保障ともなると考える。しかしまた、アンケートの意見にもあったように、標準的のみでなく患者の個別性の問題を適切にアセスメントして計画に取り入れていくことが、質の高い看護の提供につながることを基本姿勢として忘れずに行っていきたい。

当院は平成19年11月1日新築移転と同時に電子カルテが導入される。電子カルテでは、NANDA看護診断がベースとしてシステム化されている。しかし看護診断の活用までにはスタッフの理解が深まっていない。そのため今回作成した院内標準看護計画の内容充実を図るとともに、看護診断への移行も視野に入れた検討をすすめたいと考える。

今後は看護師が共通の用語で看護問題を捉え、看護展開していくことが必要と考える。そして他部門（医師、コメディカル）の医療者にも、看護問題を理解が得られる情報として提供できることが、看護の専門性において求められることではないかと考える。

## V. 結 語

今回院内標準看護計画の作成が、院内の看護の標準化、共通用語の使用を可能とし、計画の早期立案に有効であることが分かった。今後は、電子カルテ導入にむけてさらに検討を進めたいと考える。

本研究に当り、御協力、アドバイスいただいた皆様に心より感謝いたします。

## 参考文献

- 1) NANDA国際ナショナル編集, 日本看護診断学会監訳, NANDA看護診断: 定義と分類2005-2006. 東京: 医学書院; 2005.
- 2) Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulechek編集, 中木高夫, 黒田裕子訳, 看護介入分類 (NIC). 原著第4版. 東京: 南江堂; 2006.
- 3) 黒田裕子, NANDA-NOC-NICの理解: 看護記録の電子化に向けて. 東京: 医学書院; 2005.
- 4) 井部俊子, 中西睦子監修, 看護管理学習テキスト 第5巻, 看護情報管理論. 東京: 日本看護協会; 2006.
- 5) Marjory Gordon著, 松木光子, 江本愛子ほか訳, 看護診断: その過程と実践への応用. 第2版. 東京: 医歯薬出版; 1999.
- 6) 江川隆子編集, これなら使える看護診断: 厳選60NANDA看護診断ラベル. 東京: 医学書院; 2005.
- 7) 香川医科大学医学部附属病院看護学部編, 標準看護計画. 名古屋: 日総研; 1999.
- 8) ドロセア E. オレム著, 小野寺杜紀訳, オレム看護論. 東京: 医学書院; 2002.
- 9) フローレンス・ナイチンゲール著, 湯楨ます, 薄井坦子ほか訳, 看護覚え書. 第6版. 東京: 現代社; 2003.
- 10) ヴァージニア・ヘンダーソン著, 湯楨ます, 小玉香津子訳, 看護の基本となるもの. 東京: 日本看護協会; 1971.
- 11) 岩井邦子, 看護記録. 第8版. 東京: アイ・アンド・アイコンサルティング; 2005.
- 12) ヴァージニア・ヘンダーソン著, 小玉香津子訳, ヴァージニア・ヘンダーソン論文集. 東京: 日本看護協会; 1985.